

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN  
GERONTOLOGÍA**

**UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**PREVALENCIA DE  
INCONTINENCIA  
URINARIA Y COSTE  
ECONÓMICO EN UNA  
RESIDENCIA DE  
ANCIANOS DE A  
CORUÑA**

---

*ALEJANDRA BOADO VILLAYERDE*

*coupehy@hotmail.com*

*Teléfono móvil: 690614768*

*CENTRO RESIDENCIAL DE LA TERCERA EDAD BALLE SOL  
Rúa Cormorán, nº3, Lians, O Seixo Oleiros, A Coruña*

---

## **RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** La incontinencia urinaria (IU) es frecuente en los institucionalizados y genera elevados costes, por lo que conocer la prevalencia de la IU en la residencia Ballesol, en A Coruña y estimar el coste económico de los absorbentes en dicha residencia, son los principales objetivos de este estudio.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** De la historia clínica informatizada de la Residencia se seleccionaron a 102 residentes mayores de 65 años (83 mujeres y 19 varones). Para la valoración funcional se utilizó el índice de Barthel y para el estado cognitivo se utilizó el cuestionario Pfeiffer. Todos estos datos fueron realizados durante el primer cuatrimestre del 2012. El coste económico de los absorbentes se realizó teniendo en cuenta que la prescripción actual es de 3 absorbentes por residente cada 24 horas.

**RESULTADOS:** La prevalencia de la IU fue del 62,75% (66,26% en mujeres y 47,36% en varones). En cuanto al coste económico, se estimó que cada residente gasta al año, solo en absorbentes, 507,84€.

**CONCLUSIONES:** Existe una alta prevalencia de la IU en la Residencia Ballesol. Además, la IU se relaciona con el envejecimiento, con peor capacidad física y/ cognitiva. Además es más prevalente en mujeres que en varones. Se estimó un alto coste económico solo en el uso de absorbentes, y además, se observó que la talla más utilizada correspondía a la talla grande, lo que implica que la prevalencia, y en consecuencia el coste económico de la IU de la Residencia se podría disminuir, proporcionando medidas higiénico-dietéticas.

PALABRAS CLAVE: prevalencia, incontinencia urinaria, mayores de 65 años, institucionalizados y coste económico.

## **PREVALENCE OF URINARY INCONTINENCE AND COST ECONÓMICO IN A RESIDENCE OF ELDERLY DE A CORUÑA**

### **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** Urinary incontinence (UI) is common in the institutionalized and generates high costs, so they know the prevalence of in Ballesol residence, in A Coruña and estimating the economic cost of the absorbent in the residence, are the main objectives of this study.

**MATERIAL AND METHODS:** Computerized clinical history of the residence were selected to 102 residents age 65 and over (83 women and 19 men). The Barthel index was used for the functional assessment and the Pfeiffer questionnaire was used for the cognitive state. All these data were carried out during the first quarter of 2012. The economic cost of the absorbent was carried out taking into account the current prescription is absorbent 3 by resident every 24 hours.

**RESULTS:** The prevalence of the IU was the 62,75% (66,26% in women and men 47,36%). As regards the economic cost, estimated that each resident spends a year, only in absorbent, 507,84 €.

**CONCLUSIONS:** There is a high prevalence of IU in Ballesol residence. In addition, the IU relates to ageing, with worse physical and cognitive ability. It is also more prevalent in women than in men. A high economic cost was estimated only at the use of absorbent, and also noted the most commonly used size corresponded to the size

means that implies the prevalence, and consequently the economic cost of the UI of the residence you could decrease, providing dietary measures.

**KEYWORDS:** Prevalence, urinary incontinence, over 65 years, institutionalized and economic cost.

## **INTRODUCCIÓN**

La Sociedad Internacional de la Continencia (SIC), en el 2002 actualizó la definición de la incontinencia urinaria (IU), describiéndola como: “la queja de cualquier pérdida involuntaria de orina”.<sup>1</sup>

En el tracto urinario inferior se producen una serie de cambios fisiológicos como consecuencia del envejecimiento que pueden facilitar la aparición de la incontinencia. Además en el anciano, existen más patologías que agravan la clínica y el diagnóstico de la IU. Así, por tanto, es de vital importancia tener en cuenta los mecanismos intrínsecos del envejecimiento y su influencia para poder realizar un buen diagnóstico y tratamiento de la IU.<sup>2</sup>

Esta patología es muy frecuente en pacientes ancianos institucionalizados, siendo más elevada en mujeres que en hombres, tanto a nivel internacional,<sup>3,4</sup> como nacional<sup>5,6</sup>. Y además, la IU se agrava con el deterioro cognitivo.<sup>4</sup>

A pesar del alto porcentaje de consulta médica (64%) solo una minoría (20%) recibe tratamiento con la pretensión de corregirla. El resto acepta medidas meramente higiénico-paliativas, que sin lugar a dudas, condicionan un notable incremento del coste sanitario.<sup>2</sup> Existe, por tanto, un alto porcentaje de ancianos que no se trata, debido a la falta de conocimientos y/o a una percepción negativa de la enfermedad.<sup>7</sup>

La IU puede ser muy angustiante tanto física como psicológicamente y produce un gran impacto sobre la calidad de vida y de salud.<sup>8</sup> Conforme aumenta la edad, se aprecia peor calidad de vida, y a medida que aumenta la gravedad en los síntomas de la enfermedad (mayor episodio de escapes de orina al día y un mayor número de compresas o absorbentes utilizados), el impacto en la calidad de vida es mayor.<sup>9</sup> Así, por tanto, es muy importante tener en cuenta la CVRS en los pacientes que padecen la IU, ya que es considerada como el principal indicador de resultados cuando se consulta a estos pacientes.<sup>10</sup> Además, la IU llega a ser un problema casi generalizado en las residencias y hospitales de pacientes crónicos.<sup>11</sup>

La IU también representa un importante impacto económico a la sociedad, ya que mantener a una persona seca genera elevados costes, tanto en recursos materiales como humanos<sup>12</sup>. Entre el 1992 y el 1998 se duplicó el coste de la IU en Estados Unidos.<sup>13</sup> En esta misma región, en el 2000, el coste total de la IU fue de 19,5 millones de dólares, coste mayor que el representado por el de la vejiga hiperactiva (VH).<sup>14</sup> Más del 90% del coste de esta patología, se debe al uso de accesorios, especialmente el de absorbentes.<sup>15</sup> En España, el coste del uso de absorbentes por anciano representó un 49% del coste máximo permitido.<sup>16</sup>

## **HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

La IU es una patología muy prevalente en ancianos, especialmente en los institucionalizados, y además incrementa su porcentaje a medida que envejece la población y a la vez que aumenta el deterioro cognitivo y/o físico. Además, este síndrome provoca una gran repercusión en el gasto sanitario de cada país. Este coste se podría reducir considerablemente estableciendo políticas de prevención de la IU,

aumentando, en consecuencia, la formación de los profesionales sanitarios, en técnicas de prevención o en tratamientos poco invasivos que mejoren la continencia de los ancianos.

Debido a la alta prevalencia y al elevado coste que supone su tratamiento, paliativo en la mayoría de los casos, el objetivo de este estudio es el de determinar, por un lado, la prevalencia de IU en los ancianos que viven en un centro residencial de A Coruña, Ballesol. Y por otro lado, estimar el coste económico que suponen el uso de absorbentes por residente en dicha Institución.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se trata de un estudio descriptivo, en el que se analizó la prevalencia de IU en la residencia de ancianos Ballesol-Oleiros, en A Coruña, según diversas variables: edad, sexo, capacidad funcional y cognitiva. Se estimó también el coste económico de absorbentes por paciente, en dicha residencia.

Los criterios de selección fueron: personas con edad mayor o igual a 65 años, que tuviesen el diagnóstico de IU y que permaneciesen en el centro en una estancia permanente.

Todos los datos que se recogieron en dicho estudio, estaban registrados en el programa informático que tiene la residencia, es decir, los datos de este estudio fueron sacados de la historia clínica informatizada de cada paciente.

De los 102 residentes que conviven en el centro residencial, 83 son mujeres y 19 son varones.

Los cálculos estadísticos se han realizado con el paquete estadístico de la hoja de cálculo Excel.

El diagnóstico de IU en la residencia se realiza, teniendo en cuenta la definición de la SIC, anteriormente citada.<sup>1</sup> Este diagnóstico lo realiza el médico, preguntándole al propio paciente o familiar, o realizándole la prueba del pañal. Si se diagnostica la IU, esta patología se incluye en la historia clínica informatizada del paciente, dentro del apartado de síndromes geriátricos, en el cual se irán añadiendo las consideraciones oportunas en cuanto a la evolución de la IU. En este estudio solo se analizó la IU, no se estudió la incontinencia fecal, ni tampoco, se analizó la IU en función del tipo.

La capacidad funcional se midió a través del índice de Barthel<sup>17</sup> y para el análisis del estado cognitivo se utilizó el cuestionario Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire)<sup>18</sup>. Ambas escalas de valoración geriátrica fueron recogidas de la historia clínica informatizada de cada paciente. Estas escalas fueron administradas por el departamento profesional correspondiente, según los protocolos de la residencia, durante el primer cuatrimestre del año 2012.

Para el análisis económico de los absorbentes en la residencia, se calculó el coste por paciente al mes, sabiendo que a cada residente con IU se le recetan 3 absorbentes cada 24 horas. Estos 3 absorbentes se los prescribe el médico de cabecera a cada residente incontinente. En la mayoría de los casos, se le recetan 2 absorbentes para el día, y uno (supernoche) para la noche. Cada caja de absorbentes contiene 80 unidades. Conociendo el coste de cada caja, se estimó el coste de cada residente al mes y al año.

## RESULTADOS

De los 102 residentes de la residencia Ballesol, 62 fueron diagnosticados de IU en su historia clínica informatizada, 53 mujeres y 9 hombres.

La edad media  $\pm$  desviación estándar de los residentes con IU fue de  $84,44 \pm 6,3$  años, siendo  $85,19 \pm 6,05$  para las mujeres y  $83,25 \pm 6,6$  para los varones.

La prevalencia de IU en la residencia fue del 62,74%(IC del 95%), siendo el 66,26% para las mujeres y el 47,36% para los varones. En la tabla 1 se puede observar la prevalencia de la IU según el sexo y los grupos de edad.

En la tabla 2 se puede observar la distribución de la muestra según la puntuación obtenida en el Barthel, y en la tabla 3 podemos observar las proporciones correspondientes a los pacientes con IU, para la misma escala. Podemos observar que la mayor puntuación obtenida fue en los rangos de dependiente y dependiente severo, en mujeres y hombres, respectivamente. Con esto, se demuestra que las mujeres presentan mayores índices de dependencia que los varones.

En la tabla 4 se exponen las puntuaciones obtenidas por los residentes según la valoración cognitiva y en la tabla 5 las puntuaciones obtenidas, en la misma escala, por los residentes con IU. En esta última se observa que en ambos sexos, la IU se relaciona con más errores en el Pfeiffer, es decir, la IU está relacionada con el deterioro cognitivo.

Para la estimación del coste económico de los absorbentes, se conoce que en la Comunidad Autónoma Gallega, se recetan 3 absorbentes cada 24 horas. Para unificar términos a la hora de estimar el coste económico de los absorbentes en este estudio,



se determinó que los absorbentes se distribuyesen dos para el día, y uno para la noche, siendo éste de supernoche. Además, esta es la prescripción habitual, en la mayoría de los casos, en la residencia. Teniendo en cuenta esto, se sabe que un paciente con IU gasta en pañales al día 22,92 € al mes, y en torno a 19,40 € al mes en absorbentes para la noche, por lo tanto, se estima que el coste de los absorbentes por paciente con IU al mes es de 42,32€ (507,84€ por incontinente al año). Así, por lo tanto, con 62 residentes incontinentes de la residencia, se estima que se destinan 2 623,84€ al mes en absorbentes. Esto supondría, que con el mismo número de residentes incontinentes a lo largo de un año, el coste económico ascienda a 31 486,08€ al año, solo en absorbentes.

Al analizar el coste económico de los absorbentes en la residencia, se analizó, también que el 59,67% de los residentes con IU utilizaban la talla grande.

## **DISCUSIÓN**

La IU del estudio mostró una alta prevalencia en la Residencia Ballesol. Más de la mitad de los mayores de 65 años que viven en la residencia padecen IU. Estos datos concuerdan con otros estudios de prevalencia de la IU en institucionalizados.<sup>2-6</sup> Estos altos porcentajes de IU en mayores institucionalizados se corresponden en ambos sexos, pero al igual que en la muestra estudiada, la mayor proporción corresponde a las mujeres y además, se produce un incremento progresivo en relación con la edad.<sup>2</sup>

En el estudio podemos observar que el índice de Barthel se asoció con la IU. Así, por tanto, a mayor deterioro funcional, mayor presencia de IU.<sup>5,19-20</sup> Además, se observó que tanto en la muestra total como en la de los incontinentes le corresponde un mayor porcentaje de gran dependientes al sexo femenino, con respecto a los varones. Así, en

las mujeres, las limitaciones graves de la movilidad influyen en la probabilidad de presentar IU.<sup>21</sup> Además, según Wang et al.<sup>22</sup> padecer IU en el momento de ingreso en una Residencia de ancianos, es predictor de desarrollo posterior de dependencia para las actividades de la vida diaria.

En lo que se refiere al deterioro cognitivo, se asoció, al igual que en otros estudios<sup>4-5,17</sup>, con mayor presencia de IU.

El coste medio anual por paciente incontinente fue de 507,84€. Este coste es algo mayor al estudio de Gavira.<sup>16</sup> La explicación a este hecho podría deberse a que el gasto de la IU está en aumento<sup>13</sup>. Así, como indican datos del INSALUD,<sup>23</sup> el consumo de absorbentes ha ido en aumento. Así, por ejemplo, en 1997 el consumo se incrementó un 1,57% con respecto al año anterior. Además, es destacable mencionar que, para ese mismo año, dentro de los productos no farmacológicos para el tratamiento de la IU, los absorbentes fueron el grupo de accesorios más utilizados, siendo más del 60% del importe total. Sin embargo, por otra parte, el coste anual por paciente incontinente fue algo inferior, en comparación con el coste de la residencia Ballesol, al estimado por incontinente en Italia, donde se calculó un coste en absorbentes por paciente al mes de 1000€.<sup>24</sup>

Teniendo en cuenta los elevados costes de los absorbentes, es necesario buscar otras alternativas más económicas que ayuden a mejorar la continencia. Moore et al.<sup>25</sup> estudiaron la eficacia y los costos derivados de la terapia para el tratamiento de la IU realizada por las enfermeras, utilizando el método conservador, frente a la terapia uroginecológica. Concluyeron que, las mejorías eran parecidas en ambos grupos de intervención, pero los costos eran más bajos en el colectivo de las enfermeras.

En la Residencia Ballesol, un 59,67% de los residentes utilizaron la talla grande de absorbentes. Según el estudio de Gavira et al.<sup>16</sup> es un porcentaje superior, un 78%. Aun así, más de la mitad de los incontinentes de la residencia utilizaron la talla grande, que corresponden a más de 110 cm de cintura, lo que se asocia a obesidad. En varios estudios<sup>21,26</sup> se señala una fuerte asociación entre la obesidad y el aumento de la probabilidad de padecer IU, por lo que uno de los principales objetivos, tanto de prevención como de tratamiento, es el control del peso, que ayudarían a mejorar la continencia.<sup>27</sup> Además, también serían medidas a tener en cuenta para mejorar la continencia: evitar el tabaco, la cafeína, el estreñimiento y lo irritantes en la dieta.

Se considera que con las diferentes opciones terapéuticas es posible recuperar la continencia urinaria en torno al 30-40%, disminuyendo la severidad de la incontinencia en otro 40-50% de los casos.<sup>1</sup> Además, el entrenamiento de la vejiga u otros tratamientos son buenas alternativas al uso de absorbentes.<sup>28</sup> Las opciones terapéuticas que ayudan a mejorar la continencia son muy variadas: ejercicios suelo pélvico, electroestimulación, terapias con estrógenos, fármacos anticolinérgicos o la cirugía; pero la bibliografía, establece que el primer método de elección del tratamiento de la IU son los ejercicios de suelo pélvico<sup>29</sup>, ya que son eficaces<sup>30</sup>, tolerables, no son invasivos y económicos.<sup>31</sup>

Por último, debido a que la IU en institucionalizados es una patología con una alta prevalencia y que además, se asocia con deterioro cognitivo y/o funcional y que su tratamiento genera elevados costes, es importante fomentar la prevención de la IU, ya desde edades tempranas, pero incluso en personas ancianas también se puede mejorar la continencia. Diokno et al.<sup>32</sup> estudiaron la prevención de la IU en mujeres

mayores, después de 12 meses de seguimiento, y observaron que con programas de modificación de conducta se encontraron mejoras en los episodios de incontinencia, la fuerza de los músculos del suelo pélvico, la mejora de la frecuencia del vaciado vesical y el intervalo de vaciado. Así, por tanto, en el estudio se muestra que la IU tiene una fuerte asociación con el deterioro de la movilidad y de la capacidad cognitiva, por lo que la base del tratamiento de la IU, debe de considerar a la movilidad y a la demencia como prioritarias dentro de las estrategias de tratamiento.<sup>5</sup> Existen por el contrario, varios factores que pueden llevar a que el tratamiento no se lleve a cabo, como pueden ser: los perjuicios que ocasiona la IU, la falta de concienciación del residente y la familia, la sobrecarga del personal, etc. Pero, sin embargo, un 40-60% de los residentes reducen el número de sus escapes cuando se compensa su inmovilidad o demencia.<sup>33</sup>

De los resultados del estudio se observa una alta prevalencia de la IU, además de generar elevados costes al sistema sanitario, por lo que, conociendo las diversas opciones terapéuticas, las menos invasivas son las mejor toleradas y las menos costosas, además se conoce un alto grado de recuperación y/o mejora de la musculatura pelviana, por lo que podríamos afirmar que se deberían de elaborar más estrategias de prevención y de tratamiento de la IU, ya desde edades tempranas, sobre todo en el sexo femenino, y la Atención Primaria sería el medio ideal para llegar a la población.<sup>21</sup>

## **CONCLUSIONES**

Este estudio refleja que existe una alta prevalencia de la IU en la Residencia Ballesol. La IU se relaciona con el envejecimiento, con el deterioro de la capacidad física y con el deterioro cognitivo. Además, la IU afecta más a mujeres que a varones. Además de afectar a estas áreas, el manejo de la IU genera también, unos altos costes económicos, y en particular, solo el uso de absorbentes, le corresponde el porcentaje más alto del total del tratamiento de la IU.

De acuerdo con las cifras del estudio, el diagnóstico y el tratamiento precoz de la IU, deberían de considerarse una prioridad sanitaria, ya que la importancia de los resultados en cuanto a prevalencia y coste económico, a los que se deben de sumar, a mayores, la afectación de la calidad de vida de los incontinentes, evidencia que es un problema de salud de gran importancia, pero es también, una patología que se puede prevenir y/o tratar, para conseguir que los pacientes mejoren notablemente su calidad de vida, y en consecuencia, disminuir el coste generado por el tratamiento paliativo de la IU, elaborando, por tanto, políticas sanitarias más eficaces y con menor coste económico, objetivo principal de la gestión del sistema sanitario actual.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecer a la Residencia Ballesol de Oleiros, la prestación del material e instalaciones para la realización de este estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 
- <sup>1</sup> Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002; 21(2): 167-78
- <sup>2</sup> Jiménez Cruz JF. Urología Geriátrica. 2ª ed. Madrid: grupo aula médica; 2007
- <sup>3</sup> Sgadari A, Topinková E, Bjørnson J, Bernabei R. Urinary incontinence in nursing home residents: a cross-national comparison. *Age Ageing* 1997;26 Suppl (2):49-54
- <sup>4</sup> Aggazzotti G, Pesce F, Grassi D, Fantuzzi G, Righi E, De Vita D, Santacroce S, Artibani W. Prevalence of urinary incontinence among institutionalized patients: a cross-sectional epidemiologic study in a mid-sized city in northern Italy. *Urology* 2000;56(2):245-9
- <sup>5</sup> Prado Villanueva B, Bischoffberger Valdés C, Valderrama Gama E, Verdejo Bravo C, Damián J. Prevalencia y principales características de la incontinencia urinaria en la población anciana institucionalizada de Madrid. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2011;46(1):7-14
- <sup>6</sup> Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Ramírez Backhaus M, Delgado Oliva F, Rebollo P, González-Segura Alsina D, Arumi D. Prevalencia de Incontinencia Urinaria y Vejiga Hiperactiva en la población española: Resultados del Estudio EPICC. *Actas Urol Esp* 2009;33(2):159-66
- <sup>7</sup> Ueda T, Tamaki M, Kageyama S, Yoshimura N, Yoshida O. Urinary incontinence among community-dwelling people aged 40 years or older in Japan: prevalence, risk factors, knowledge and self-perception. *Int J Urol* 2000;7(3):95-103
- <sup>8</sup> Santiago SK, Arianayagam M, Wang A, Rashid P. Urinary incontinence-pathophysiology and management outline. *Aust Fam Physician* 2008; 37(3): 106-10
- <sup>9</sup> Martínez CB, Salinas SAS, Giménez BJM, Donate MMJ, Pastor NH, Virseda RJA. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp* 2008; 32 (2): 202-10
- <sup>10</sup> Herbison P, Hay-Smith J, Paterson H, Ellis G, Wilson D. Research priorities in urinary incontinence: results from citizens' juries. *BJOG* 2009; 116: 713-18
- <sup>11</sup> Durrant J, Snape J. Urinary incontinence in nursing homes for older people. *Age Ageing* 2003;32(1):12-8
- <sup>12</sup> Aslan E, Beji NK, Erkan HA, Yalcin O, Gungor F. Urinary incontinence (UI) and quality of life (QoL) of the elderly residing in residential homes in Turkey. *Arch Gerontol Geriatr* 2009;49(2):304-10
- <sup>13</sup> Anger JT, Saigal CS, Madison R, Joyce G, Litwin MS. Increasing costs of urinary incontinence among female Medicare beneficiaries. *J Urol* 2006;176(1):247-51
- <sup>14</sup> Hu TW, Wagner TH, Bentkover JD, Leblanc K, Zhou SZ, Hunt T. Costs of urinary incontinence and overactive bladder in the United States: a comparative study. *Urology* 2004;63(3):461-5
- <sup>15</sup> Newman DK. How much society pays for urinary incontinence. *Ostomy Wound Manage* 1997;43(1): 18-25

- 
- <sup>16</sup> Gavira, F, Caridad, J, Pérez del Molino, J, Valderrama, E, López, M, Romero, M et al.: Uso de accesorios para Incontinencia Urinaria en los ancianos de la Zona B, asica de Salud de Cabra (Cordoba). *Aten Primaria* 2000; 25(8): 556-59
- <sup>17</sup> Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: Barthel index. *Md State Med J* 1965;14:61-5
- <sup>18</sup> Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975;23:433-41
- <sup>19</sup> Saxer S, Halfens RJ, Müller M, Dassen T. Risk factors for urinary incontinence in nursing home residents. *Swiss Med Wkly* 2005;135(33-34):495-502
- <sup>20</sup> Ortiz J, Bechich S, Aguas M, Alaez F, Carral E, Sánchez P. Efecto de la incontinencia urinaria y la dependencia para la alimentación en la institucionalización de pacientes geriátricos agudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002;37(2):75-80
- <sup>21</sup> Zunzunegui Pastor MV, Rodríguez-Laso A, García de Yébenes MJ, Aguilar Conesa MD, Lázaro y de Mercado P, Otero Puime A. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. *Aten Primaria* 2003;32(6):337-42
- <sup>22</sup> Wang J, Kane RL, Eberly LE, Virnig BA, Chang LH. The effects of resident and nursing home characteristics on activities of daily living. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009;64(4):473-80
- <sup>23</sup> INSALUD. Indicadores de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud. Annual 1997; Madrid: INSALUD 1997
- <sup>24</sup> Maggi S, Minicuci N, Langlois J, Pavan M, Enzi G, Crepaldi G. Prevalence rate of urinary incontinence in community-dwelling elderly individuals: the Veneto study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001;56(1):M14-8
- <sup>25</sup> Moore KH, O'Sullivan RJ, Simons A, Prashar S, Anderson P, Louey M. Randomised controlled trial of nurse continence advisor therapy compared with standard urogynaecology regimen for conservative incontinence treatment: efficacy, costs and two year follow up. *BJOG* 2003;110(7):649-57
- <sup>26</sup> Byles J, Millar CJ, Sibbritt DW, Chiarelli P. Living with urinary incontinence: a longitudinal study of older women. *Age Ageing* 2009; 38(3): 333-338
- <sup>27</sup> Wyman JF, Burgio KL, Newman DK. Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. *Int J Clin Pract* 2009; 63(8): 1177-91
- <sup>28</sup> Thakar R, Stanton S. Management of urinary incontinence in women. *BMJ* 2000;231(7272):1326-31
- <sup>29</sup> Theofrastous JP, Wyman JF, Bump RC, McClish DK, Elser DM, Bland DR, Fantl JA. Effects of pelvic floor muscle training on strength and predictors of response in the treatment of urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2002;21(5):486-90
- <sup>30</sup> McDowell BJ, Engberg S, Sereika S, Donovan N, Jubeck ME, Weber E, Engberg R. Effectiveness of behavioral therapy to treat incontinence in homebound older adults. *J Am Geriatr Soc* 1999;47(3):309-18.
- <sup>31</sup> Felicísimo MF, Carneiro MM, Saleme CS, Pinto RZ, da Fonseca AM, da Silva-Filho AL. Intensive supervised versus unsupervised pelvic floor muscle training for the treatment of stress urinary incontinence: a randomized comparative trial. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2010;21(7): 835-40

---

<sup>32</sup>Diokno AC, Sampsel CM, Herzog AR, Raghunathan TE, Hines S, Messer KL, Karl C, Leite MC. Prevention of urinary incontinence by behavioral modification program: a randomized, controlled trial among older women in the community. *J Urol* 2004;171(3):1165-71

<sup>33</sup> Leung FW, Schnelle JF. Urinary and fecal incontinence in nursing homes. *Gastroenterology* 2004;126:S41-47



## ANEXOS

**Tabla 1. Distribución por edad y sexo de la prevalencia (%) de la incontinencia urinaria**

SEXO		EDAD		
VARONES	MUJERES	65- 74 años	75- 84 años	> 84 años
47,36	66,26	42,85	54,05	68,96

**Tabla 2. Distribución por sexo y puntuación en la escala Barthel de la muestra estudiada (n= 102)**

BARTHEL/ SEXO	0-20		20-35		40-55		≥ 60		100	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>VARONES</b>	3	11,11	4	19	2	10	5	26,31	5	35,71
<b>MUJERES</b>	24	88,88	17	80,95	18	90	14	73,68	9	64,28
<b>TOTAL</b>	27	26,47	21	20,58	20	19,60	19	18,26	14	13,72

**Tabla 3. Distribución por sexo y puntuación en la escala Barthel de los residentes con incontinencia urinaria**

BARTHEL/ SEXO	0-20		20-35		40-55		≥ 60		100	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>VARONES</b>	3	11,11	4	20	2	18,18	0	0	0	0
<b>MUJERES</b>	24	88,88	16	80	9	81,81	4	100	0	0
<b>TOTAL</b>	27	43,54	20	32,25	11	17,74	4	6,45	0	0

**Tabla 4. Distribución por sexo y puntuación en el Pfeiffer de la muestra estudiada (n= 102)**

PFEIFFER/ SEXO	0-2 ERRORES		3-4 ERRORES		5-7 ERRORES		≥ 8 ERRORES	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>VARONES</b>	6	26	4	25	5	18,51	4	11,11
<b>MUJERES</b>	17	73,91	12	75	22	81,48	32	88,88
<b>TOTAL</b>	23	22,54	16	15,68	27	26,47	36	35,29

**Tabla 5. Distribución por sexo y puntuación en el Pfeiffer de los residentes con incontinencia urinaria**

<b>PFEIFFER/ SEXO</b>	<b>0-2 ERRORES</b>		<b>3-4 ERRORES</b>		<b>5-7 ERRORES</b>		<b>≥ 8 ERRORES</b>	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>VARONES</b>	0	0	1	11,11	4	21,05	4	12,12
<b>MUJERES</b>	1	100	8	88,88	15	78,94	29	87,87
<b>TOTAL</b>	1	1,61	9	14,51	19	30,64	33	53,22